

ຄໍາຮັງຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອ ໄຄງການແຄສເອດ, ຜູດສະແຕມ ແລະ/ຫລື ເປັນ MEDI-CAL/34-COUNTY CMSP

ກ່ອນຈະຊຸງຄໍາຮັງນີ້, ໃຫ້ອ່ານໜ້າຢັກ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການບໍ່ອນຊຸງຄໍາຕອບຫລາຍກ່າວ່ານີ້, ໃຫ້ຊຸງໃສ່ດ້ານຫລັງຂອງຊຸດ ເອກະສານນີ້.

1. ຂໍຂອງຜູ້ຮັງນີ້ທີ່ຮັກ (ສື່, ຊຳນາງ, ນາມສະກຸນ)		2. ພາບເລກປະກັນສັນຕິພິບ (SSN)		ສື່ລັບເຈົ້າໜ້າທີ່ກ່າວນັ້ນ	
3. ຂໍກ່ອນແຕ່ງໆການ ຫລື ຂໍອ່ນ (ຖ້າມີ)		2A. ເດືອນ-ວັນ-ປີເກີດ		CASE NAME	
4. ສື່ຊື່ ເລກເລື່ອນ ນາມສະກຸນ		5. ນີ້ຢູ່ທີ່ໄປສະນີ (ເຖິງຕ່າງຈາກຫຼືຢູ່)		CASE NUMBER	
ເມືອງ	ຮັດ	ລະຫັດ	ເມືອງ	ຮັດ	ລະຫັດ
6. ເລກໂທຮະສັບ (S): ເລກໂທຮະບັນ ()		ບ່ອນເຮັດວຽກ ()		ຝາກກໍ່ຄ່າຄາມ ()	
7. ຫຼື້ຈູ່ຂ່ອງທ່ານຖາວອນບໍ່? ຖ້າບໍ່ຖາວອນ, ກະຮຸນາອະທິບາຍ:				<input type="checkbox"/> ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
8. ມີໄຜອັກບໍ່ທີ່ຢູ່ຄໍາຮັງນີ້: ໄຄງການແຄສເອດ <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ Medi-Cal <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ		ໂຄງການ ຜູດສະແຕມ <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ 34-County CMSP <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ			
9. ມີໄຜອັກບໍ່ທີ່ເຄີຍໄດ້ຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອເຄີມປະໂຫຍດ, ລວມທັງ Medi-Cal/34-County CMSP/Medicaid ການຊ່ວຍຫາງດໍາການການແພດ ຫລື ການຊ່ວຍເປັນຕາຍເວີ້ນແຄສ (ຫລາຍປະເພດ) ຫລື ການບໍ່ອີການໂດຍບໍ່ແມ່ນເງິນສົດ? ຖ້າ "ມີ" ໃຫ້ບ່ອກມາລະອຽດ:				<input type="checkbox"/> ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
				ວັນທີ (ດ-ວ-ປ) ທີ່ໄດ້ຮັບ	
ຊື່ນາມສະຫຼຸບທີ່ໃຊ້				ໄດ້ຮັບຢູ່ໃສ? (ເມືອງ/ຮັດ/ປະເທດ)	
10. ກິດໝາຍໄດ້ກຳນົດວ່າກົວກະເຮີຕ້ອງບໍ່ນີ້ທີ່ກ່າວ່າມີຂໍ້ອ້າງ, ເຊັ່ນແລະພາສາຂອງທ່ານ. ສິ່ງນີ້ຈະບໍ່ມີມົນກະທິບຕໍ່ ຕິດເຫັນເລີມທີ່ຈະໄດ້ຮັບຂອງທ່ານ.					
A. ເຂົ້ອຂາດ (ຫຼາຍຄົນຕ້ອງກວດບໍ່ຊຸ່ ແລ້ວນັ້ນ) ທ່ານເປັນເຂົ້ອສາຍສະແນງເຫຼືອວ່າ ລາຍເຫັນ? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ					
B. ເຂົ້ອຂາດ/ເຂົ້ອສາຍທີ່ເປີດ - ກວດເຖິງຫຼຸບນີ້ນີ້ທີ່ກ່າວ່າມີຂໍ້ອ້າງ ອາມເກີນ ອິນເດຍ ເຂົ້ອສາຍອາລາສກາ <input type="checkbox"/> ອາມເກີກາ ທີ່ລີ ອາຟິກາ <input type="checkbox"/> ຜົວຂາວ <input type="checkbox"/> ເອເຊຍ (ຖ້າກວດເຖິງແລ້ວ, ກະຮຸນາເລືອກເອົານີ້ງ ຫລືຫຼາຍຂໍຕົນນີ້ໄວ້ດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້) <input type="checkbox"/> ພື້ນົບປິນ <input type="checkbox"/> ຈິນ <input type="checkbox"/> ຢື່ນປຸງ <input type="checkbox"/> ເກີ້າລີ <input type="checkbox"/> ຫວຽດນາມ <input type="checkbox"/> ເອເຊຍອືນເດຍ <input type="checkbox"/> ແຄນໄປເດຍ <input type="checkbox"/> ລາວ <input type="checkbox"/> ເອເຊຍອື່ນນັ້ງ (ໃຫ້ບ່ອກລະອຽດ) <input type="checkbox"/> ເຂົ້ອສາຍຮາວາຍ <input type="checkbox"/> ຫລືເກີ້າປະຫິພິກນີ້ນັ້ງ (ຖ້າກວດເຖິງແລ້ວ, ກະຮຸນາເລືອກເອົານີ້ງທີ່ລົງລາຍຂໍຕ້າມມີໄວ້ດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້) <input type="checkbox"/> ເຂົ້ອສາຍຮາວາຍ <input type="checkbox"/> ເຂົ້ອສາຍຕ້າງກວມ <input type="checkbox"/> ຊາມວນ <input type="checkbox"/> ອື່ນນັ້ງ (ໃຫ້ບ່ອກລະອຽດ)					
C. ພາສາແລກ: <input type="checkbox"/> ສັງກິດ <input type="checkbox"/> ສະເປັນ <input type="checkbox"/> ລາວ <input type="checkbox"/> ຕາກາລ້ອກ <input type="checkbox"/> ພາສາກົງອາມເຮັດວຽກ <input type="checkbox"/> ແຄນໄຕນີລີ <input type="checkbox"/> ແຄນໄປເດຍ <input type="checkbox"/> ຫວຽດນາມ <input type="checkbox"/> ຮັດເຊຍ <input type="checkbox"/> ອື່ນນັ້ງ (ໃຫ້ບ່ອກລະອຽດ)					
11. ມີຜູ້ໄດ້ທີ່ເປັນຄົນອີເພີຍ ຫລື ເປັນຄົນງານຕາມຮະດູການຢູ່ໆກຳມ?					
<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ					
12. ມີເງິນກໍລົງຢູ່ໃຫຍ້? <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ ຖ້າ "ມີ" ງາວ້າໄດ້ຮັບບັດພື້ນ (PE) ບໍ່?					
<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ					
13. ມີຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບບໍລິການແບບສຸກເສີມສ່ວນຕົວບໍ່? ຖ້າ "ມີ" ໃຫ້ໝາຍ (<input checked="" type="checkbox"/> ໃລ້ວ ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ):					
<input type="checkbox"/> ຄວາມຈຳເປັນອັນດີບື່ນດ້ວນທາງດ້ານການແພດ <input type="checkbox"/> ຖ້າ <input type="checkbox"/> ເປັນເດັກ <input type="checkbox"/> ຖື້ກໍາຫຼາມລຸ່ມນະກັນ <input type="checkbox"/> ຖື້ກໍາຫຼາມລຸ່ມນະກັນໃນຄອບຄົວການທາງລຸ່ມນະກັນຂອງຜູ້ໃຫຍ່ <input type="checkbox"/> ເລື່ອງສຸກເສີມອົ່ງທີ່ນັ້ນບັນຫຼຸດສູ່ຂັ້ນພາບ ຫລື ຄວາມປອດໄພ ໃຫ້ອ່າກທິບາຍມາ:					
ທ້າວ່ານໝາກນົມຄວາມຈຳເປັນ: ການຊ່ວຍເຫຼືອຂໍ້ມູນແບບສຸກເສີມສ່ວນ <input type="checkbox"/> ໃຫ້ຢູ່ໃສ່ລາຍການ 14-18. ການນັ້ນຕ້ອງການແບບສຸກເສີມສ່ວນ <input type="checkbox"/> ໃຫ້ຢູ່ໃສ່ລາຍການ 14-17.					
14. ສື່ນັ້ນຂະໜາດຄ່ອງຂອງຕໍ່ແຕ່ລົມຄົນມີເຫຼົ່າໄດ້, ລວມທັງພວກເຕັກນ້ອຍ? <input type="checkbox"/> ເຖິງສົດ, ໃນເຂົ້ອທີ່ຫັນໄດ້ຂຶ້ນເງິນ ຫລື ມັນນີ້ອັດ (ໃນສົງຈ່າຍເງິນ) \$ _____ <input type="checkbox"/> ບັນຊີເງິນຝາກປະຫັດ/ຝາກປະຈຳ ຫລື ເຄືດສິນຂໍ້ອ້າງສະຫະກອນ) <input type="checkbox"/> ເລັກນັ້ນຂີ່ຍຸ່ນ (ບັນຊີຂອງສະຫະກອນ) \$ _____ <input type="checkbox"/> ໃບເງິນກົງການລົງທຶນ, ໃບເງິນທີ່ກ່າວ່າມີຂໍ້ອ້າງສົດ, ໃບຫຼຸນ ຫລື ພົມຫະບັດ \$ _____ <input type="checkbox"/> ອື່ນນັ້ງ (ອະທິບາຍຕົ້ນ) \$ _____					
17. ອ່າງການຂີມໃຊ້ເຈົ້າກຳນົດກົມສັງລົມວ່າມີຄວາມສິ່ງທີ່ຈຳເປັນໃນເດືອນນີ້ມີເຫຼົ່າໄດ້ <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ					
18. ທ່ານມີໃບແຈ້ງໃຫ້ອ້ອກຈາກເຮືອນ ຫລື ໃບແຈ້ງໃຫ້ອ້ອກງາງກ? ການບໍລິການສິ່ງທີ່ຈຳເປັນວ່າມີຄວາມສິ່ງທີ່ຈຳເປັນໄດ້ ເລີ້ຖືກຕັດ ຫລື ທ່ານມີໃບແຈ້ງຕັດບໍ່? ອາຫານຂອງທ່ານຈະມີມົດກິນພາຍໃນ 3 ວັນ ຫລື ໂວກວ້ານັ້ນ?					
ທ່ານຕ້ອງການ ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການຂີມສັງ ເພື່ອໄປເອົາຫານ, ເຄື່ອງນູ່ງໜໍ່ມີ ພະຍານາ ຫລື ລາຍການສຸກເສີມຕ່າງໆບໍ່?					
FS E.S. <input type="checkbox"/> E.S. questions not completed <input type="checkbox"/> Screened for E.S. Date _____ (Initials)					
FS Referral for: <input type="checkbox"/> E.S. Processing <input type="checkbox"/> Regular Processing <input type="checkbox"/> CWD records cleared <input type="checkbox"/> MEDS CDB cleared <input type="checkbox"/> IEVS initiated <input type="checkbox"/> Copy of SAWS 1 and coversheet given to applicant					
TRANSITIONING CASE NUMBER					
COUNTY OF APPLICATION					
COUNTY OF RESIDENCE (IF DIFFERENT)					
19. ລາຍເຊັນ (ຫລື ເລື່ອງໝາຍ) ຂອງຜູ້ຢືນໃຫ້ຮັກ ຫລື ຂອງຜູ້ມີສິດຕາງໝາຍ ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ປັນພະຍານເພື່ອເປັນການຂີ່ແຈ້ງ ຫລືວ້ອງ ແລະ ຄົບຖ້ວນ					